

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 14

**Que peut-on attendre
de la Résection Endoscopique
dans le
Traitement du Cancer de la Prostate**

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine Générale
et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

LE 22 AVRIL 1942

par

J. A. SADEK KODJA-ZADÉ

né le 30 Septembre 1913 à Paris

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAUVIN	{	Président
		MOIROUD		Assesseurs
		IMBERT		
		DOR		

IMPRIMERIE F. ROBERT
24, RUE MOUSTIER, 24
M A R S E I L L E

**Que peut-on attendre
de la Résection Endoscopique
dans le Traitement du Cancer de la Prostate**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N°

Que peut-on attendre
de la Résection Endoscopique
dans le
Traitement du Cancer de la Prostate

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine Générale
et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

LE 22 AVRIL 1942

par

J. A. SADEK KODJA-ZADÉ

né le 30 Septembre 1913 à Paris

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAUVIN	{	Président
		MOIROUD		Assesseurs
		IMBERT		
		DOR		



IMPRIMERIE F. ROBERT
24, RUE MOUSTIER, 24
M A R S E I L L E

1942



PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : F. MERCIER

Doyen Honoraire : L. IMBERT

**Professeurs Honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE
OLMER, GAUJOUX, AUBARET-COTTE**

Chargé de Cours Honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{me} PEROL

Professeurs :

Anatomie	CORSY
Anatomie Pathologique et Pathologie Expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie Analytique et Hydrologie	RIMATTEI
Chimie Médicale	ROCHE
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	BOURDE
Clinique Exotique	HECKENROTH
Clinique des Maladies Nerveuses	ROGER
Clinique Médicale	AUDIBERT
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	MONGES
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique Ophthalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histoire Naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène Générale et Coloniale	VIOLLE
Médecine Légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie Chirurgicale	MOIROUD
Pharmacodynamie et Matière Médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MALMEJAC
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	POINSO

Chargé de Cours :

Clinique Dermatologique VIGNE

Agrégés en exercice :

MM. SAUTET
DUBOULOZ
BERTHIER
BALANZARD
BRAHIC
FIGARELLA
ARNOUX
CHOSSON

MM. DELPHAUT
R. IMBERT
PAILLAS
AUDIER
DOR
RECORDIER
SALMON

Agrégés libres :

M. QUINTARET

M. PIERI

Chargés des fonctions d'agrégé :

Chimie médicale DERRIEN

Chargés de Cours complémentaires :

<i>Anatomie descriptive et topographique</i>	SALMON
<i>Chimie minérale</i>	ARNOUX
<i>Clinique des maladies contagieuses</i>	PERIOT
<i>Médecine opératoire</i>	DOR
<i>Microbiologie</i>	BOYER
<i>Neuro-Chirurgie</i>	ARNAUD
<i>Obstétrique</i>	CHOSSON
<i>Pharmacodynamie aux Pharmaciens</i>	DELPHAUT
<i>Psychiatrie</i>	ALLIEZ
<i>Toxicologie</i>	GUILLOT

A MON PERE

SALEH BEY SADEK KODJA-ZADE

A MA MERE

A MON FRERE

A MON ONCLE MAÎTRE MARCEL BITSCH

A TOUS LES MIENS

A SON EXCELLENCE FAKHRY PACHA

Ministre d'Egypte en France

qui a fait à ma famille le très grand hon-
neur de m'accorder sa paternelle bien-
veillance, ma très respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR EL DIWANI BEY

Directeur de la Mission Scolaire Egyptienne à Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. FAHMY BEY

Directeur de la Mission Scolaire Egyptienne à Genève

qui m'ont guidé et aidé au long de mes
études.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVAL
in memorian.

MONSIEUR LE DOCTEUR WEIL-HALLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FIESSINGER

MONSIEUR LE PROFESSEUR MATHIEU

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMAND

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABBE
in memorian.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIGNES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE MARSEILLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUVIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR BREMONT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBARET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

MONSIEUR LE PROFESSEUR JAYLÉ

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUVIN

qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse. Qu'il veuille
bien trouver ici l'expression de ma res-
pectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOIROUD

A MONSIEUR LE PROFESSEUR IMBERT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DOR

A MON GRAND AMI LE DOCTEUR BERNARD ABRAMOVICZ

à qui je dois le sujet de cette thèse et dont
les personnelles recherches en urologie
m'ont infiniment aidé.

A MES CAMARADES D'ETUDES

A MES AMIS

INTRODUCTION

Le cancer de la prostate est une affection très grave du fait que l'on est très mal armé contre elle.

Classiquement on dispose pour lutter contre ce cancer de :

TRAITEMENTS RADICAUX (prostatectomie hypogastrique et prostatectomie périnéale à la YOUNG) qui seuls sont susceptibles de donner une guérison complète en supprimant la lésion d'emblée. Mais ces procédés se révèlent la plupart du temps inefficaces et dangereux à cause de leur mortalité opératoire élevée et surtout du très petit nombre de cancers localisés et donc opérables (YOUNG, 1,7 % de guérisons, MARION, 2,1 % de guérisons).

C'est pour cela qu'ils sont à peu près abandonnés par tous actuellement et que l'on recourt surtout aux :

TRAITEMENTS PALLIATIFS (cystostomie définitive et sondages) qui ne cherchent qu'à retarder l'échéance fatale en supprimant les troubles fonctionnels dus à l'évolution du néoplasme. Cette évolution étant en général longue, ces méthodes, et surtout la cystostomie définitive permettent une longue survie. Mais la cystostomie n'en constitue pas moins une grosse infirmité, on lui reproche même d'accélérer l'envahissement de la vessie par le néoplasme

(MARION) et les sondages sont voués tôt ou tard à l'infection et au danger de lésion par fausse route.

QUANT AUX TRAITEMENTS PAR LES AGENTS PHYSIQUES (radiumthérapie ou radiothérapie) ils semblent apporter quelque amélioration localement et diminuer les douleurs. Mais on leur reproche de favoriser les métastases. En tout cas ils n'amènent pas la guérison complète.

Dernier venu dans la thérapeutique palliative du cancer de la prostate, la *résection endoscopique* — si elle ne s'adresse pas au néoplasme lui-même, mais seulement aux troubles de la miction provoqués par son évolution — donne cependant au malade l'illusion de la guérison complète.

Nous nous proposons de faire le point en cette question du traitement du cancer de la prostate par la résection endoscopique en exposant après un bref historique

- les résultats obtenus,
- les avantages et inconvénients,
- les indications et contre-indications,
- la technique,
- les complications

de cette méthode.

Enfin, nous citerons quelques observations qu'a bien voulu nous communiquer notre ami le Docteur Bernard ABRAMOVICZ.

HISTORIQUE

L'idée de traiter l'obstruction prostatique par les voies naturelles est une idée très ancienne.

Déjà au xvi^e siècle LACUNA, de Rome, individualise l'obstacle prostatique et essaie de le traiter par les voies naturelles. TURQUET, de Mayenne, au xvii^e siècle ; LA FAYÈ au xviii^e siècle sont connus par leurs essais de forage et de sondage.

Mais c'est dans le premier quart du xix^e siècle que ce qui n'était qu'expédient devient méthode de traitement.

Nous allons voir l'histoire de la résection se développer en plusieurs étapes.

Avec HOME en 1806 le traitement se base sur une conception anatomo-pathologique GUTHRIE crée le terme de « barre prostatique ». La désobstruction avec le perforateur de STAFFORD perfectionné est encore très brutale, aveugle et sanglante et de nombreux échecs sanctionnent la méthode.

C'est en France, qu'avec CIVIALE et MERCIER, en 1841, on voit les premières guérisons se produire et le traitement endo-urétral se rationaliser. La même année LEROY, d'Etiolles, invente le « serre-nœuds ». Enfin en 1873,

BOTTINI, de Pavie, utilise le galvano-cautère sous le nom de « diérèse électro-galvanique ». L'introduction de l'électricité dans le traitement est un grand progrès et on compte déjà plus de succès qu'avec les premiers procédés très sanglants. Mais les échecs sont encore beaucoup plus nombreux que les succès, car jusqu'à présent les procédés sont aveugles.

En 1897 la résection entre dans une deuxième phase et fait un gros pas en avant avec FREUDENBERG qui réalise véritablement la première intervention sous contrôle de la vue en combinant le galvano-cautère au cystoscope de NITZE. La méthode, malgré les succès de la prostatectomie périnéale et sus-pubienne, prend de l'extension. En 1914, YOUNG obtient 5 % de guérisons permanentes.

Mais dans cette deuxième phase, malgré les bons résultats obtenus, le danger des hémorragies et l'insuffisance de l'exérèse sont encore assez importants pour que le traitement par résection endoscopique soit sujet à de grandes discussions.

C'est alors que la résection endoscopique entre dans une troisième phase avec la découverte des courants de haute fréquence qui transforment les conditions de cette intervention. HEITZ-BOYER en 1911, MAC CARTHY, LUYS, STEVENS en 1913 utilisent le procédé sur un grand pied. Dès lors la technique moderne est pour ainsi dire réalisée et les perfectionnements nombreux que l'on va voir se multiplier d'année en année ne sont que des modifications de détail qui vont donner au procédé sa forme définitive.

En 1919, Bradsford LEWIS présente « l'électro-inciseur » et CAULK le « punch-cautère », perfectionné par KACKLEY. COLLINGS en 1922, crée le « couteau diathermique ». En 1926, STERN fait un réel progrès en créant « l'anse coupante » perfectionnée par DAVIS et portée à sa perfection mécanique par MAC CARTHY dans son « électrotome visualisé ».

En 1929 PHÉLIP met au point un « punch électrique ». FOLEY un « exciseur prostatique ». En 1931 c'est le « rotary resectoscope » de KIRWIN, le « prostate cutor » de HEYNE-MANN, le « couteau diathermique » de ROSENBERG, en 1933 c'est le « prostatotome diathermique » de FEY et DOSSOT, le « resectoscope » de PAPIN et le nouveau résecteur prostatique de HEITZ-BOYER.

En résumé, si nous considérons les étapes qui divisent l'histoire de la résection endoscopique et marquent ses succès croissants, nous pouvons conclure que trois faits dominent cette histoire :

- l'endoscopie,
- la haute fréquence,
- enfin la notion universellement admise actuellement, des modifications légères de la région prostatique pouvant entraîner de gros troubles urinaires.

D'abord préconisée dans les seules maladies bénignes, l'électro-résection s'est vue récemment employée dans le traitement du cancer de la prostate, où elle a pris une place très importante.

RÉSULTATS

D'après le bref historique qui précède, nous voyons l'endo-résection faire figure pour beaucoup d'auteurs de traitement maître du cancer de la prostate. Une analyse des travaux publiés ces dernières années sur l'endo-résection nous donnera une idée des raisons qui l'ont fait tant apprécier.

Résultats immédiats.

Voyons d'abord les résultats immédiats. Ceux-ci vont nous renseigner sur la gravité de l'intervention qui sera définie par le *taux de mortalité opératoire*.

Pour certains auteurs, les américains notamment, la mortalité opératoire est minime quand elle n'est pas nulle.

MORTS

THOMPSON et EMMETT	1 sur 107, soit	0,9 %
CREEVY	2 sur 102, soit	1,9 %
CABOT	1 sur 63, soit	1,58 %
BUGBEE	0 sur 52, soit	0 %
RÖBBELEN	0 sur 7, soit	0 %
FRIEDRICH	1 sur 40, soit	2,5 %
DAVIS	0 sur 39, soit	0 %
DENIS et DUFOR	0 sur 17, soit	0 %

Pour d'autres au contraire la mortalité n'est pas négligeable et ferait douter de la bénignité de l'intervention.

MORTS

PERRIN et CHAPELLAUBEAU.	3 sur 30, soit 10 %
HUCHZERMAYER...	2 sur 18, soit 11 %
WILLE-BAUMKAUFF	2 sur 20, soit 10 %
JACOBS	1 sur 15, soit 6,6 %

Si nous essayons d'analyser ces derniers résultats nous trouvons :

- Pour PERRIN-CHAPELLAUBEAU, 2 morts par accidents infectieux ; une mort par accident de court-circuit.
- Pour HUCHZERMAYER, il n'a opéré que des sujets très âgés (70 à 90 ans) avec une mauvaise fonction rénale et mauvais état général.
- Pour WILLE-BAUMKAUFF, les deux cas de morts précoces concernent une embolie pulmonaire au 3^e jour, 1 opéré porteur de métastases ganglionnaires para-aortiques, réséqué malgré un mauvais état général.

A noter que les statistiques américaines portent sur un grand nombre d'opérés. Par contre, les secondes statistiques plus défavorables (n'atteignant cependant que 11 % au maximum) sont faites sur un plus petit nombre de malades. De plus nous voyons chez ces malades que les cas de mort cités ne sont pas toujours imputables à l'intervention elle-même, mais plutôt dus à des indications mal posées : sujets trop âgés ou bien porteurs de métastases, ou alors déjà en état d'infection, cas où la cystostomie est plus indiquée.

En résumé on voit que c'est une opération qui n'offre aucune difficulté technique tenant au cancer lui-même, d'une gravité minime et surtout très peu choquante puis-

qu'on peut l'imposer à des malades très âgés ou dans un état tel qu'ils ne supporteraient pas une autre intervention.

Si la résection endoscopique donne lieu — quant à la mortalité opératoire — à des résultats divergents, suivant les auteurs, bien que dans l'ensemble elle s'avère relativement bénigne, tout le monde est d'accord pour reconnaître *son efficacité* : dans tous les cas, la miction par les voies naturelles est rétablie, sauf pour certains cas peu nombreux :

- PERRIN et CHAPELLAUBEAU : 2 rétentions persistantes, mais qui cèdent à une deuxième intervention.
- JACOBS : 2 échecs sur 14 cas. 1 a eu besoin d'une sonde sus-pubienne, malgré la résection. 1 cystostomisé qui a continué de l'être (fistule sus-pubienne permanente).
- HURCHZERMEYER : 2 échecs sur 16 cas. Pas de détails.
- FRIEDRICH et HEUSEL : 1 échec sur 39 cas. Chez un cystostomisé, dysurique depuis un an (des fautes opératoires sont responsables de cet échec).

Là encore peut-être on a abusé de la résection endoscopique.

Enfin la *durée d'immobilisation* pour ces malades âgés est un facteur important. Elle est dans ce traitement relativement courte si on ne considère que l'intervention seule. Cependant, le temps d'hospitalisation s'allonge quand, à l'opération, viennent s'ajouter les soins pré-opératoires ou quand on est obligé d'intervenir en plusieurs temps. (Voir observations citées : 1 mois en moyenne.)

C'est ainsi que pour DAVIS, qui arrive à supprimer dans presque tous les cas les soins pré-opératoires, la durée moyenne est de 4 jours et de 5 jours pour THOMPSON, alors que pour PERRIN et CHAPELLAUBEAU elle est de 21 jours. Pour WILLE-BAUMKAUFF : 40 jours. Pour CREEVY, elle est d'un tiers de celle nécessitée par la prostatectomie.

Résultats éloignés.

Mais ce qui confère à un traitement une valeur certaine ce sont surtout les résultats éloignés.

Nous avons déjà vu — et nous le répéterons ici — que la résection endoscopique ne peut viser à une guérison complète du cancer de la prostate. Les problèmes que pose l'étude des résultats éloignés seront donc ici essentiellement

— *la survie et la durée de l'alimentation.*

Si l'on considère que la durée totale de la maladie depuis le début des symptômes jusqu'à la mort est environ de quatre ans, quelque soit le traitement employé, nous allons voir que les résultats obtenus par l'endo-résection ne laisse rien à envier aux autres procédés.

Voici quelques résultats éloignés d'après des auteurs modernes.

BUGBEE : sur 52 malades résequés compte 12 morts avec une survie de 12 à 14 mois en présente 40 survivants de 1 à 48 mois. De ceux-ci trois ont été résequés une deuxième fois avec succès.

CAULK : sur 129 malades obtient une survie de trois ans pour 30 % des cas soulagés (77 %) ; de quatre ans pour 18 %, de sept ans pour 5 % des cas.

CREEVY : sur 102 malades compte 73 survies moyennes de 13 mois, 5 et présente 22 survivants de 34 mois, 18. L'évolution totale fut de 46 mois 1/2 chez les sujets morts. Elle est de 67 mois, 28 chez les survivants actuels. 10 malades (10 %) sont sans symptômes depuis 16 à 65 mois.

PERRIN et CHAPELLAUBEAU : Sur 27 malades présentent 16 cas en vie avec une moyenne de 11 mois 1/2 de survie, allant de 2 mois à 3 ans. Tous ont de bons résultats pour le reste nous avons :

- 3 cas soulagés jusqu'à leur mort. Survie moyenne : 7 mois.
- 2 cas ayant eu des récidives avant leur mort dont un 9 mois après la résection (évolution totale quatre ans) et l'autre deux ans et demi après la résection (évolution totale 4 ans et 10 mois ; il a été soulagé 2 ans, puis a été cystostomisé au 34^e mois).
- 1 cas amélioré 4 mois est cystostomisé et va bien depuis 2 mois.
- 3 cas vont bien après une deuxième résection.
- 1 cas a été soulagé pendant deux ans mais voit la dysurie réapparaître après une évolution totale de cinq ans.

THOMPSON et EMMETT : Sur 107 cas présentent en :

1935 : 56 survivants en bon état urinaire, depuis 6 à 48 mois.

1938 : Il reste 10 survivants dont 7 ont plus de quatre ans de survie et 3 ont cinq ans de survie. Sauf un, tous sont en bon état urinaire.

Des 43 qui sont morts, 13 ont eu une miction normale jusqu'à leur mort.

DENIS et DUFOUR : Sur 4 cas présentent :

- Une guérison apparente depuis 31 mois.
- Un malade qui a subi une prostatectomie haute après 12 mois de guérison apparente due à la résection et qui est en bon état depuis 16 mois sans radiothérapie.
- Un malade qui subit de la radiothérapie depuis 5 mois après 12 mois de bon état urinaire.
- Un malade qui est dysurique après 18 mois de guérison apparente.

Les auteurs obtiennent donc dans l'ensemble 18 mois, 25 d'amélioration en moyenne.

FRIEDRICH : Sur 40 cas obtient en moyenne 2 à 3 ans de bonne santé, parfois même plus longtemps.

HUCHZERMAYER : Sur 18 cas (78 % de ses cancéreux) obtient en moyenne 2 à 3 ans de bonne santé.

JACOBS : Sur 15 cas présente :

7 survivants sans symptômes d'obstruction depuis 1 à 33 mois (soit 12 mois, 8 de moyenne). Un de ceux-ci a été résequé une deuxième fois avec succès.

4 morts sans récidence de symptômes, avec une survie moyenne de 9 mois 1/2.

DAVIS : Sur 39 cas a 5 morts avec des survies allant de 6 à 45 mois (soit 14 mois de moyenne).

Sur les autres malades :

3 ont été résequés deux fois après 15 mois, 24 mois et 36 mois.

RÖBBELEN : Sur 7 cas présente :

3 morts sans retour de signes urinaires.

2 survies en bon état depuis 8 et 10 mois.

2 cas où des métastases sont apparues après 9 et 12 mois. (Il n'y avait pas eu de vérification radiographique avant l'intervention.)

WILLE-BAUMKAUFF : Sur 20 cas compte :

6 morts sans retour de troubles urinaires avec des survies allant de 6 mois, 8 à 12 mois.

Sur les 12 autres cas qui étaient en guérison apparente complète depuis l'opération :

5 sont revenus après 9 mois en moyenne.

1 est mort à 85 ans.

On ne note qu'une survie de 23 mois actuellement.

WOLFF : Sur 4 cas présente :

1 malade mort sans retour de troubles urinaires, d'une affection cardiaque.

2 malades qui ont nécessité une intervention ultérieure.

1 malade bien portant après un an.

Pour compléter ce chapitre, il nous a paru utile de donner les résultats que quelques auteurs ont obtenus en combinant l'irradiation à la résection.

Action de l'irradiation combinée à la résection.

Nous avons vu précédemment la place qu'occupent les agents physiques dans le traitement du cancer de la prostate. Voici quelques résultats obtenus en combinant l'action de ces agents à la résection endoscopique.

CREEVY a soumis 63 de ses réséqués à des irradiations (13 avec du Radon, 8 avec des rayons X et 42 avec les deux).

Sur ce groupe, 51 sont morts avec 13 mois, 65 de survie, 12 survivent avec une moyenne de 35 mois, 09 ; dont :

4 en bon état depuis 16 à 32 mois.

7 ont de la nocturie sans douleur ni rétention.

1 est alité et nécessite de la morphine pour douleurs.

Donc la survie paraît légèrement augmentée et une certaine réduction de la tendance à la récurrence est obtenue.

DENIS a recours systématiquement aux rayons X et leur attribue une action extrêmement favorable sur le volume de la lésion et sur l'évolution du cancer. Les rayons utilisés sont de plus en plus

durs, moins nocifs pour les plans superficiels et plus actifs en profondeur. Il ne croit pas à une plus grande fréquence des métastases avec le traitement radiothérapique, au contraire.

FRIEDRICH n'emploie la radiothérapie que s'il existe des névralgies intenses avec possibilité d'obtenir ainsi une amélioration passagère.

D'après lui la radiothérapie n'est d'aucune utilité sur le néoplasme lui-même.

DAVIS : Tous ses réséqués ont subi du radium.

Nous avons vu par ailleurs les résultats publiés qui dans l'ensemble paraissent favorables.

RÖBBELEN et WILLE-BAUMKAUFF ne retirent aucun avantage de l'emploi des rayons X.

AVANTAGES ET INCONVENIENTS

Sans vouloir attacher aux chiffres qui précèdent une valeur plus grande que celle que l'on est en droit d'attendre des statistiques en général, il n'en reste pas moins que dans l'ensemble les auteurs nous ont donné des résultats suffisamment nombreux et concordants pour que nous puissions établir un bilan des avantages et inconvénients de la résection endoscopique appliquée au traitement du cancer de la prostate.

Avantages.

A son avantage on peut dire qu'elle remplit parfaitement son but puisque dans la plupart des cas :

— *La miction par les voies naturelles est rétablie.*

Le malade a alors l'illusion de la guérison complète et on peut ainsi éviter à celui-ci — souvent jusqu'à sa mort — les inconvénients d'une cystostomie définitive ou de sondages qui constituent somme toute une grosse infirmité.

— *C'est une intervention peu choquante, exigeant*

- *une durée d'immobilisation souvent très courte et*
- *de mortalité opératoire minime.*

Elle présente de ce fait un champ opératoire très étendu. Des malades ont pu être soulagés qui — vu leur grand âge ou leur état général déficient — n'auraient pu subir d'autre intervention.

— Elle se prête à *l'association d'un traitement par irradiation*, fait d'autant plus intéressant que celle-ci est un élément de lutte contre le cancer susceptible de faire des progrès.

— Elle peut être recommencée avec succès dans le cas de récurrence des symptômes d'obstruction.

→ Et ne rend nullement impossible une cystostomie ultérieure qui pourra encore prolonger le malade.

C'est pour ces raisons que le nombre de ses partisans a crû si vite. Il comprend tous les Américains et, dernièrement, depuis le congrès de 1938, presque tout le monde en France et de nombreux fervents en Europe.

Inconvénients.

Cependant, on peut faire à la résection endoscopique des reproches dont voici les principaux :

— Elle est incomplète. Nous avons vu, en effet, et nous avons insisté sur le fait, que la résection endoscopique ne s'attaquait nullement au néoplasme mais aux troubles fonctionnels provoqués par l'évolution de celui-ci. Mais quand on considère que le traitement radical du cancer de la prostate est pratiquement impossible à l'heure actuelle et qu'on ne peut y avoir recours qu'à de très rares exceptions, c'est-à-dire que les seuls traitements actuellement mis en œuvre sont des traitements palliatifs, cystostomie et sondages, il

faut convenir que la résection est parmi ceux-ci une méthode très avantageuse.

— *Les résultats obtenus sont temporaires.* C'est vrai, mais nous avons vu que souvent la durée d'amélioration suffisait pour que la mort suryienne sans récides d'obstruction, et que dans les autres cas, une *résection itérative* pouvait souvent soulager à nouveau le malade pour une autre période de longue durée.

— *Elle aurait une influence néfaste sur l'évolution de la tumeur.* En dehors du fait que cette supposition n'est nullement prouvée nous pouvons citer un avis (RÖBBELEN) contrôlé à l'autopsie prouvant que la résection n'avait pas fait augmenter la tumeur localement et même que celle-ci n'avait pas franchi la barrière créée par l'anneau d'escharre. D'autre part presque tous les auteurs sont d'accord pour dire que les métastases se reproduisent dans les mêmes conditions, qu'il y ait résection ou non.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

De ce qui précède nous pouvons voir que malgré les avantages que présente la résection endoscopique, les auteurs s'abstiennent dans maints cas de pratiquer l'intervention.

Contre-indications.

Nous notons :

— L'absence de troubles de l'évacuation de l'urine, ou quand ceux-ci sont très peu accentués. Certains auteurs s'abstiennent alors de toute thérapeutique quelle qu'elle soit.

— Les cas de tumeurs trop avancées. La résection est surtout efficace dans le cas de tumeurs petites ou moyennes.

— Lorsque l'évolution est trop rapide, les résultats étant alors trop précaires.

— Lorsque l'état général est trop gravement atteint, la mortalité étant alors trop élevée.

Enfin la résection sera formellement contre-indiquée :

— Si l'instrument ne passe pas, car c'est un gros instrument de calibre 56 environ,

— S'il y a un calcul vésical, qu'il est impossible de réduire à la lithotritie,

— S'il y a un diverticule vésical,

— S'il y a un polype, que l'on coagulera avant d'intervenir,

— Si le malade a une cystite trop marquée. Dans ce cas il faudra le soigner d'abord.

Indications.

Dans tous les autres cas il y aura profit à pratiquer la résection. Cependant les résultats sont plus ou moins bons suivant les cas, bien que toujours on ait obtenu une amélioration.

Sous forme de *résection primitive* on interviendra chaque fois que les troubles urinaires seront assez accentués et que l'on n'aura pu y pallier par de simples sondages, ou que ceux-ci menacent de durer trop longtemps. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les cas de rétention complète ou de rétention incomplète chronique sans distension ; les cas les moins favorables étant ceux de rétention incomplète avec distension ; on n'intervient alors qu'après avoir réduit la distension.

Sous forme de *résection secondaire* la résection est indiquée quand l'évolution de la tumeur a provoqué un retour des troubles de la miction ou bien *après une cystostomie* mal supportée. Nous avons vu que des malades furent opérés qui étaient porteurs de cystostomie, soit temporaire pour hémorragie ou infection grave, soit définitive, et moururent ayant eu jusqu'à la fin une miction normale.

TECHNIQUE

Examens et soins pré-opératoires.

Ils concerneront :

- d'une part l'état général du sujet — et en particulier le fonctionnement rénal ;
- d'autre part, l'état local.

L'ÉTAT GÉNÉRAL du sujet sera soigneusement étudié. On précisera l'état du cœur, des poumons, et surtout on s'attachera par un examen attentif, et au besoin par radiographie systématique, à déceler les métastases possibles. Il serait en effet inutile d'intervenir sur un sujet déjà atteint d'un cancer généralisé.

Le fonctionnement rénal mérite un chapitre à part. Si la résection endoscopique n'est pas une intervention bien choquante, il n'en reste pas moins que de nombreux cas de poussées de néphrite post-opératoire ont été signalés.

Il est donc indispensable de faire pratiquer :

1. - un dosage d'urée sanguine,
2. - une constante d'Ambard,
3. - une épreuve de Phénol sulfone-phthaléine,
4. - la tension artérielle.

On s'abstiendra de réséquer les sujets atteints d'une néphrite chronique grave ayant détruit presque complètement le parenchyme rénal. On s'attachera à améliorer les autres par un régime approprié et une médication à base de Salsepareille (Renoxyl), Scille, etc.

Et enfin on demandera :

- un temps de saignement
- un temps de coagulation.

ETAT LOCAL. — Le cancer de la prostate étant constaté par le toucher local et ayant éliminé d'emblée les très grosses tumeurs inaméliorables par la résection, il nous reste à préciser l'état des voies urinaires basses.

D'abord les urines — si elles sont très troubles, on pratiquera des lavages vésicaux — un à deux par jour — alternant le nitrate d'argent à 1 p. 2000 avec l'oxycyancure de mercure à 1 p. 4000.

Le canal sera soigneusement exploré et dilaté au besoin jusqu'au numéro 60 — aux béniqués ou aux bougies, peu importe.

Et enfin on pratiquera une cystoscopie — un calcul vésical ou un diverticule rendant la résection inopérante. 48 heures avant l'intervention on mettra en place une sonde à demeure.

La veille de l'intervention : soins pré-opératoires banals (révulsion, eucalyptine, lavement).

Le matin — et surtout si on pratique comme nous le faisons une rachi-anesthésie : une injection de caféine-éphédrine. Et un centigramme de chlorhydrate de morphine rendra confiance au malade une demi-heure avant l'intervention.

Le choix de l'anesthésie.

La rachianesthésie basse (L_4 à L_5) pratiquée avec une petite quantité d'anesthésique nous a donné toujours d'excellents résultats. On peut lui reprocher de ne pas conserver la sensibilité vésicale. Ceci est de peu d'import-

tance pour un opérateur tant soit peu expérimenté.

L'anesthésie épidurale réunit tous les suffrages. DENIS (de Mâcon) la préconise à l'exclusion de toutes les autres. Elle est absolument suffisante et ne provoque aucun choc anesthésique. Ceci est très appréciable.

Certains auteurs (FRISCHER, WISHARD, HAMER, WERTZ) pratiquent l'anesthésie locale par infiltration de la région à réséquer. Nous n'avons en France aucune expérience de cette anesthésie. Tout reste donc à étudier.

Section des déférents

Cette intervention essentiellement simple et bénigne mettra le malade à l'abri des orchio-épididymites — toujours très ennuyeuses — et souvent, chez les sujets débilisés que nous opérons, très graves.

Elle est formellement indiquée :

a) Chez les sujets tarés où la suppuration orchio-épididymaire risque de déclencher une infection massive généralisée menaçant la vie du malade ;

b) Chaque fois que la sonde à demeure sera indiquée pendant un temps assez prolongé ;

c) Chaque fois où on pensera être obligé de réséquer en plusieurs fois.

Elle n'est pas indispensable chez un sujet vigoureux, avec des urines claires.

Résection.

De tous les instruments employés le *Visual électrotome de Mac-Carthy - Stern* (en France fabriqué par Guérin) nous paraît le plus facile à manier et donnant le moins de difficultés techniques.

Cet appareil, extrêmement délicat, se compose :

— d'un *tube externe* « la chemise » en bakélite, substance isolante rigide préparée à base de résine. Son extrémité est droite, en « bec de cuiller » et non béquillée. Le bout est ouvert pour le passage de l'anse.

C'est la chemise qui porte, comme dans son urétrocystoscope courant, le système d'irrigation.

— L'*optique* est constitué par une série de lentilles, réalisant le type « panendoscopique », donnant la vision stéréoscopique analogue à la vision directe.

— Le *système opérateur*, solidaire de l'optique, est réalisé par une anse assez large et résistante, qui est mobile dans le sens longitudinal, glissant dans la gaine de bakélite. Ses mouvements sont commandés par un levier à crémaillère situé près de l'oculaire, crémaillère qui permet le déplacement *lent* de la pièce coupante.

— Une autre électrode, à anse mousse, à boule, est utilisée pour la coagulation des points saignants.

— Enfin, un mandrin d'introduction complète l'instrumentation.

Le calibre de l'appareil est important (n° 58 Béniqué), ce qui donne, outre une vue large et l'écartement plus grand des lobes latéraux, la possibilité d'introduire par la chemise de bakélite, à la fin de l'intervention, une sonde à bout coupé, n° 24 Charrière, qu'on laissera à demeure.

Cet appareil permet une vue très précise de l'urètre postérieur, la possibilité de manier l'anse sans la perdre un seul instant de vue, enfin la manipulation aisée de l'électrode pour juguler une hémorragie commençante.

Enfin, cette anse large permet la résection de fragments d'environ 30 à 50 centigrammes.

L'introduction de la chemise de l'appareil se fait à l'aide d'un mandrin dont le bout inférieur est incurvé en

avant. Une fois la chemise en place, on redresse le bout inférieur du mandrin en le vissant vers la droite, et on le retire. On introduit ensuite le système optique et l'électrotome à l'anse ne constituant qu'une pièce.

L'anse peut être ramenée en avant ou en arrière, ceci n'a aucune espèce d'importance. Elle va passer au-dessus de l'obstacle contre la face postérieure duquel elle va s'appliquer. On repère soigneusement le veru montanum qu'il faut à tout prix respecter.

On fait alors passer le courant coupant, tout en ramenant l'anse en arrière — l'ensemble de l'appareil étant incliné fortement en haut.

On arrête le courant dès que l'anse atteint l'entrée de la gaine pour éviter de brûler le tube en bakélite.

Deux éventualités peuvent se produire : ou bien l'appareil est complètement mobile — la résection sera alors facile et ne nécessitera aucun effort spécial — ou bien le développement du néoplasme immobilisera l'appareil. Il s'agit là d'une difficulté sérieuse qui a été considérée pendant quelque temps par certains auteurs comme insurmontable. Nous savons actuellement qu'il suffit de pratiquer les deux ou trois premières coupes pour rendre à l'appareil sa mobilité et ramener ainsi la résection réputée difficile à la résection ordinaire.

La première coupe effectuée on retire l'électrotome qui ramène le copeau réséqué. Le premier fragment servira de guide pour régler le courant — le diminuer ou l'augmenter suivant la résistance du néoplasme — très variable d'un cas à l'autre. En général le tissu néoplasique est plus facile à couper que le tissu adénomateux. De plus il saigne beaucoup moins, ce qui constitue un avantage considérable.

On vérifie alors les points qui saignent en ramenant

sur eux l'anse et en faisant passer le courant coagulant. Ceci suffit dans l'immense majorité des cas.

Quelquefois cependant on sera obligé de pratiquer un lavage à la seringue de Guyon si l'hémorragie provoquée ne permet pas de voir ce qui saigne. Ce lavage sera presque toujours suffisant à éclaircir le milieu.

La manœuvre indiquée sera répétée autant de fois qu'il sera nécessaire. En principe il faut obtenir un col absolument plat et pouvoir voir le plancher vésical par l'urètre.

La résection des lobes latéraux n'offre rien de particulier. Il suffira de tourner légèrement l'appareil en regard de la saillie à détruire pour que l'anse s'applique au champ.

Faut-il réséquer largement ou non ? Ici la question est totalement différente des résections du tissu adéno-mateux. Nous savons en effet qu'il faut détruire les 3/5 de l'adénome environ pour obtenir un résultat convenable et durable.

Il nous semble que les résections très larges n'ont que très peu d'indications dans les néoplasmes malins prostatiques. Il s'agit, répétons-le, d'une thérapeutique palliative qui a en vue de combattre non pas la maladie elle-même — ceci dépasse de loin ses possibilités — mais les troubles mictionnels qu'elle provoque. Et pour ceci il suffit de creuser une large rigole bien profonde dans le col. Dans les observations que nous citons, on n'a jamais dépassé 3-4 grammes de tissu réséqué. On s'est appliqué par contre à aplanir l'obstacle cervical. Dans quelques cas on a même laissé intacts les lobes latéraux en creusant une gouttière médiane. Elle a été généralement suffisante.

Une fois la résection terminée on met en place une sonde à demeure (n° 40 - 42 - 44) que l'on conservera pendant plusieurs jours (5 - 6). On prendra soin particulièrement de l'évacuation vésicale en empêchant la sonde de se boucher par des lavages vésicaux au nitrate (1 p. 2000

ou 1 p. 1000). Les réséqués saignent en général très peu, au besoin on leur donnera les coagulants habituels.

Et surtout on veillera à l'hydratation des malades par injections de sérum physiologique sous-cutané et intra-veineux hypertonique à 4 % (travaux sur la maladie post-opératoire de ROBINEAU, Max LÉVY, WOLFROMM).

Variante

Certains auteurs (COLLINGS et LIVERMOORE) pratiquent la résection en sens inverse — du veru vers le col. — Nous ne croyons pas que cette technique soit supérieure à la technique habituelle.

Autres appareils

Tous les autres appareils peuvent être employés. Ils sont tellement nombreux qu'Alcock, à la tribune du Congrès de Toronto de 1932, a pu dire : « Messieurs, j'ai une situation unique parmi vous, je n'ai pas d'instrument personnel. »

Nous citerons tout de même pour mémoire l'Uretrocystoscope opérateur de HEITZ-BOYER, le Prostatome diathermique de FEY et DOSSOT, le Résectoscope de PAPIN, les Résectoscopes à section transversale (le Rotary-Résectoscope de KIRWIN), les résectoscopes à section circulaire (le Prostate Excisor de FOLEY). La technique est particulière à chaque appareil employé.

COMPLICATIONS

Les complications que l'on peut relever à la suite de l'endo-résection dans le cas de cancer de la prostate sont sensiblement les mêmes que celles que l'on trouve dans le cas d'adénome de la prostate.

Deux complications dominent toute l'évolution post-opératoire :

- l'hémorragie,
- l'infection.

L'Hémorragie.

Nous pouvons distinguer :

L'hémorragie immédiate — qui survient au cours de l'intervention ou immédiatement après. Le petit suintement habituel post-opératoire ne tarit pas et il faudra toujours s'alarmer devant un écoulement de sang qui dure plus de 36 heures.

L'hémorragie tardive. — Elle se manifeste à l'occasion de la chute de l'escarre vers le 8^e ou 15^e jour, ou lors de l'ablation de la sonde.

Fréquence. — Relativement fréquenté au cours du traitement de l'adénome prostatique, on la rencontre beau-

coup moins souvent dans le cas de cancer de la prostate. Le tissu néoplasique plutôt plus facile à réséquer est moins dense et moins homogène, et l'hémorragie moins importante (DENIS et DUFOUR, WOHLLEBEN et FRIEDERICH).

Conduite à tenir. — On pourra faire de la compression soit à l'aide d'une sonde à demeure, soit à l'aide d'un ballonnet de caoutchouc (procédé Mc CARTHY).

Mais souvent ces procédés ne suffisent pas et *on doit alors intervenir* :

— On peut tenter *par la voie endoscopique* de fulgurer les points qui saignent ; cela suffit en général.

— On peut pratiquer la *cystostomie* si l'hémorragie est très abondante et la compléter par un tamponnement vésical.

L'Infection.

En dehors des *petites infections banales localisées*, telles que urétrite, prostatite aiguë, pyurie vésicale légère post-opératoire, facilement guérissables, orchio-épididymite aiguë qu'on ne doit plus voir si l'on pratique systématiquement la vasectomie préalable, on rencontre :

— DES INFECTIONS VÉSICALES :

Pyurie isolée tenace, qui fera suspecter la persistance de calculs vésicaux ou un diverticule infecté.

Cystites aiguës pouvant nécessiter la taille vésicale avec curettage des lésions dans les zones réséquées, ou seulement un étincelage des parois vésicales.

Cystites gangréneuses, très graves, avec profonde altération de l'état général. Seule une cystostomie précoce peut donner une chance de salut.

— DES INFECTIONS PÉRIVISCÉRALES :

qui consisteront en abcès périvésical, cellulite pelvienne diffuse, phlébite pelvienne.

— DES INFECTIONS RÉNALES :

essentiellement la *pyélonéphrite aiguë*, qui peut être soit antérieure à la résection, soit le stade ultime de l'infection ascendante à point de départ vésical.

— DES INFECTIONS GÉNÉRALES,

enfin, Septicémie ou Septicopyohémie peuvent se déclarer.

De ces infections on note qu'un bon nombre peut être évité par une préparation méthodique du malade, une observation rigoureuse des indications de l'intervention, et des soins post-opératoires soigneusement exécutés.

Les autres infections trouvent surtout leur origine dans :

Le sphacèle des tissus coagulés, l'escharre devient un excellent milieu de culture au bout d'une dizaine de jours et ceci surtout dans les cas d'une grosse ablation de tissu qui constitue toujours une intervention grave ;

La stase urinaire, qui, lorsqu'elle s'associe à la cause précédente, assombrira le pronostic. Cette cause est si vraie que lorsque le traitement doit être pratiqué en plusieurs séances, les urines sont presque toujours purulentes tant que l'on n'a pas atteint le résultat escompté.

D'autre part, enfin, une *hémorragie*, si bénigne soit-elle, par elle-même, provoquera une infection par la rétention des caillots dans la vessie.

L'Urémie.

est une cause de mort très redoutable à la suite de l'électro-résection. Elle survient en règle à la suite d'une

poussée de néphrite aiguë sur des reins antérieurement lésés mais toutefois, le plus souvent, elle semble relever de l'infection ou d'une chloropénie importante, comme après toute intervention chirurgicale.

Les complications cardiopulmonaires.

Bien que l'anesthésie générale soit peu utilisée dans la résection, les complications pulmonaires sont une cause de mort assez fréquemment rencontrée car elles sont l'apanage des malades âgés.

Complications locales tardives.

C'est surtout *l'incontinence* qui est en règle de courte durée et disparaît spontanément au bout de quelques jours, mais dont on voit, quoique rarement, des cas persistants.

OBSERVATIONS

1. — Monsieur B... Eugène, 69 ans. Entré le 31 mars 1941.

Rétention incomplète chronique.

Dysurie et pollakiurie depuis trois mois seulement.

Amaigrissement important.

EXAMEN :

Urines troubles

Résidu 500 cc.

Toucher rectal : Très grosse prostate

Plusieurs noyaux très durs

Extension aux vésicules sémi-
nales

Azotémie : 0 gr. 65

T.A. : 17/9

Cystoscopie :

gros soulèvement du col en
arrière.

TRAITEMENT :

médical pendant un mois.

8 mai 1941 : résection. 2 grammes environ.

Le sixième jour : ablation de la sonde.

Quitte le service en excellent état, ne gardant plus que
30 cc. de résidu.

Nous n'avons pas revu ce malade.

2. — M. R... Maurice, 69 ans. Entré le 1^{er} mai 1941.

Rétention incomplète chronique, sans distension.

Dysurie et pollakiurie depuis un an.

Deux rétentions aiguës.

EXAMEN :

Malade porteur d'une sonde à demeure posée en ville.

Cystoscopie : Col soulevé en arrière.

Toucher rectal : Néoplasme prostatique indiscutable de volume moyen.

Lobes latéraux saillants.

Azotémie : 0 gr. 62

Glycémie : 1 gr. 20

T.A. : 16,5/6.

TRAITEMENT :

médical pendant un mois:

7 juin : Azotémie : 0 gr. 52

T. A. : 14/7

Temps de saignement : 2'.

Temps de coagulation : 8'.

8 juin : Résection endoscopique peu étendue mais creusant une gouttière profonde dans le col.

16 juin : Reprise de la miction.

50 cc. de résidu.

Décembre 1941, actuellement:

résidu aux environs de 75 cc.

On envisage une deuxième résection.

3. — M. C... Jules, 71 ans. Entré le 3 février 1941.

Rétention incomplète chronique.

Dysurie et pollakiurie depuis un an.

EXAMEN :

Résidu trouble : 300 cc.

Toucher rectal : prostate augmentée de volume, dureté ligneuse.

Cystoscopie : soulèvement néoplasique du col.

Azotémie : 0 gr. 42.

T. A. : 11,5/6.

K. : 0,125.

Phénolsulfone-phtaléine : 5 %.

Glycémie : 1,10

T. de S. : 2'30"

T. de C. : 8'

TRAITEMENT :

Sonde à demeure

Lavages vésicaux

Dilatation du canal jusqu'au calibre 58.

Plusieurs poussées thermiques à chaque ablation de la sonde.

16 avril: Résection.

On crée une brèche d'environ 3 largeurs du résecteur en abattant le centre du soulèvement prostatique.

Sonde à demeure.

Par la suite: deux clochers thermiques.

Sonde enlevée le seizième jour simplement.

Reprise de la miction: résidu minime.

Sorti le 6 mai 1941 en bon état.

Récidive au mois d'octobre 1941:

Rétention aiguë.

Dysurie violente depuis 15 jours.

Désinfection par la sonde à demeure (lavages, sulfamides).

8 décembre 1941 : deuxième résection endoscopique portant sur 3 grammes de tissu environ.

Suites opératoires normales.

Ablation de la sonde le sixième jour. Pas de résidu.

Actuellement: pas de résidu mais: urines troubles, dysurie.

4. — M. V... Xavier, 68 ans. Entré le 13 mai 1941.

Rétention aiguë. Le sondage ramène des urines sanglantes.

Dysurie depuis plusieurs mois.

Deux rétention aiguës (4 mois).

EXAMEN :

Mauvais état général.

Langue sèche.

Toucher rectal : Gros néoplasme prostatique indiscutable.

Cystoscopie: masse néoplasique soulevant le col.

Azotémie: 1,73.

TRAITEMENT :

Sonde à demeure.

Régime.

Renoxyl.

28 juin : azotémie : 0,40.

T.A.: 14/8.

30 juin : Résection : 4 grammes environ. On creuse une large gouttière dans le col.

6 juillet: Ablation de la sonde.
Reprise immédiate de la miction.
Résidu: 10 cc. Les urines sont troubles.

Décembre 1941: Bon état persistant.
Pas de résidu.

5. — M. D... Alexandre, 76 ans. Entré le 10 octobre 1941.

Rétention aiguë depuis 8 jours.
Dysurie et pollakiurie depuis quatre ans.
Douleurs à type de sciatique bilatérale.
Amaigrissement important depuis un an (20 kilog.).

EXAMEN :

Globe vésical.
Sondage: urines troubles.
Toucher rectal: Néoplasme prostatique petit
mais indiscutable.
Azotémie: 0,62.
Glycémie: 1,31.

TRAITEMENT :

médical pendant un mois et demi:
sonde à demeure
lavages vésicaux.

16 novembre : azotémie: 0,40
K.: 0,165
P. S. P.: 30 %
T. A.: 17/8

Cystoscopie: soulèvement du col en
arrière.

17 novembre : Résection très limitée — 1 gr.
50 — en raison du mauvais
fonctionnement de l'appareil.

Suites opératoires immédiates simples.

Ablation de la sonde le sixième jour. Clocher thermique
aussitôt qui oblige à remettre la sonde à demeure.

Urines extrêmement troubles (2 lavages par
jour).

4 décembre : un autre essai d'ablation pro-
voque un deuxième clocher ther-
mique.

7 décembre : la sonde peut enfin être enlevée.
Reprise de la miction.
Résidu aux environs de 20 cc. qui tombe à 0 en quelques jours.
Sorti en bon état général et local.

6. — M. E... Etienne, 71 ans. Entré le 27 mars 1941.

Rétention incomplète chronique.
Troubles urinaires depuis un an: dysurie et pollakiurie diurne et nocturne.
Depuis trois semaines, douleurs lombaires et surtout rectales.
Gros amaigrissement depuis deux mois.

EXAMEN :

Toucher rectal : prostate un peu augmentée de volume, très dure, surtout au niveau du lobe gauche qui est irrégulier et présente une infiltration latérale sous l'aspect d'un cordon dur se prolongeant vers la paroi.

Urines troubles. Résidu 75 cc.

Cystoscopie : forte saillie du col en arrière.

T. A.: 16/7

P. S. P.: 60 %

Azotémie : 0,35

K.: 0,086

T. de S.: 2' •

T. de C.: 10'

TRAITEMENT :

Lavages de vessie.

Sulfamides per os.

6 mai : Résection exangue. 3 grammes de tissu environ.

16 mai : Ablation de la sonde.

Le malade très amélioré urine sans résidu.

Décembre : Bon état local et général.

Très amélioré.

Pas de résidu.

CONCLUSIONS

1° La résection endoscopique ne réalise qu'un traitement partiel du cancer de la prostate. Elle ne s'adresse qu'aux troubles mictionnels dus à l'évolution du néoplasme.

2° Elle constitue cependant une intervention très intéressante par le fait qu'il n'existe à l'heure actuelle pratiquement pas de traitement radical de cette forme de cancer, exception faite pour les cas très rares où la prostatectomie peut donner une guérison complète.

3° C'est une méthode palliative excellente parce qu'elle rétablit la miction par les voies naturelles, donnant au malade l'illusion de la guérison complète.

4° Un choix serré des indications et une bonne préparation des malades doivent présider à son application, qui présente alors, grâce à sa faible mortalité opératoire et au fait qu'elle est peu choquante, un champ d'action étendu, capable de s'adresser à des malades ne pouvant supporter toute autre intervention.

5° Elle s'adresse plus particulièrement à des tumeurs de volume moyen et d'évolution lente, et c'est dans ces cas qu'on a observé les survies les plus longues, avec les meilleurs résultats fonctionnels.

6° Les complications graves sont peu nombreuses, et la mort survient souvent avant toute récurrence d'obstruction, due à l'évolution fatale en elle-même du néoplasme, sans que cette évolution soit influencée du fait de l'intervention.

7° Faut-il lui adjoindre le traitement par les agents physiques ? Les avis sont très partagés, les uns trouvant une amélioration dans l'usage des irradiations, les autres leur contestant toute efficacité.

En résumé, la résection endoscopique semble donner d'excellents résultats dans de nombreux cas, et constitue dans l'état actuel de notre arsenal thérapeutique, une des armes les meilleures dans la lutte contre cette redoutable affection, en attendant que l'avenir nous apporte un traitement général du cancer.

Vu et Approuvé,
Le Doyen,
M. CORNIL.

Vu,
Bon à imprimer,
L. CHAUVIN.

Vu et permis d'imprimer.
Aix, le 11 Mars 1942
Le Recteur,
MARTINO

Bibliographie

- ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE. — Rapport et informations 38^e session. Paris, 3 au 8 octobre 1938.
- BALLENGER, ELDER et MAC-DONALD. — Transurétrhal resection of prostatic bars hypertrophie and cancer. (Neworleans M et S. Journal, 86: 651-658, Avril 1934.)
- BARRINGER (E.-S.). — Past and present in genito-urinary carcinoma: bladder, prostate, testicle, penis. (Adam, J. Surg. 23: 438-1934.)
- Treatment of prostatic carcinoma. (Surg. gunec. Obst., 62: 410, 1936.)
- Prostatic carcinoma. (J. Urol., 33: 616, 1935.)
- BELT (E.). — Carcinoma of prostate, treated by high voltage roentgen ray. (Tr. Western Branch Soc. Am. N.-A., 5: 263, 1936.)
- BILGER (Fr.). — Contrib. à l'étude de l'anesthésie épidurale en chirurgie générale et en chirurgie urinaire. (Strasbourg médical A, 1. Fasc. ix, n° 17, 5 sept. 1922, p. 1-6.)
- De l'anesthésie épidurale en chirurgie urinaire. (Journal d'Urologie A, XIX, n° 2, février 1920, p. 111, 126.)
- BUGBEE (H.-G.). — Expériences with transurétrhal resection, in carcinoma of prostate. (Tr. Am. A. Genitourin. Surgeons. 29: 207, 1936.)
- BRUMPUS (H.-C.). — Carcinoma of prostate: Clinical Study of 1000 cases. (Surg. Gynec. Obstr., 43: 150, 1926.)
- MAC-CARTLEY (J.-F.). — V^e Congrès de la Société Internationale d'Urologie, 1933, 2, 278-281.
- CAULK (J.-R.). — Saint-Louis-Carcinoma of the prostate. (The Journal of Urology, 1937. T. 37, p. 832.)
- CAULK (J.-R.) et BOON ITT (S.-B.). — Carcinoma of prostate. (Am. J. Cancer, 16: 1024, 1932.)
- CAWALLA (R.). — Beitrag zur Therapie des Prostatacarcinomas. (Zeitschr. f. Urol. Chir. 1933, T. 38, p. 154.)

- CHAPPELLAUBEAU (R.). — Thèse de Lyon 1938-1939.
- CREEVY (C.-D.). — Surgery V.: p. 405-419. Mars 1939.
- DENIS (R.). — J. d'Urol. XLVII: p. 393-409, 1939. — Lyon Médical, CLXIII: p. 239-243, 1939.
- DENIS (R.) et DUFOUR (P.). — J. d'Urol. XLVII: p. 410-417, mai 1939.
- DILLON (J.-R.). — Carcinoma of prostate. (J. Urol. 30: 567 1933.)
- FEY. — Les indications de la résection endo-urétrale. (A. F. U. 1936, p. 573.)
- FRIEDRICH (H.). — Zeitschr. Urol. XXXIV: p. 220-232, 1940. —
- GAYET et CIBERT (Lyon). — Résultats et indications de la résection transurétrale. Rapport présenté à la 38^e Session de l'Association française d'Urologie, Paris, 1938.)
- HAGER (B.-H.) et HOFFMANN (E.-F.). — Statistical data on 396 cases of carcinoma of prostate observed at the Los Angeles Hospital from Jan. 1-1923 to Jan. 1, 1936. (J. Urol. 37: 180, 1937.)
- HAMMOND (T.-E.). — Cancer of prostate: its diagnosis and treatment. (Brit. J. Urol. 5: 131, 1933.)
- HERMAN (L.) and GREENE (L.). — Transurétral prostatic resection. (Jour. of the Am. Med. Assoc. 101, 1933, p. 1358).
- HUCHZERMAYER (K.). — Brun's Beitr. Klin. Chir. CLXIX, p. 389-396, 1939.
- JACOBS (A.) (Glasgow). — Résection transurétrale dans le cancer de la prostate. (Brit. J. Urol., 1935, T. 7, pp. 321 et 329.)
- KRETSCHMER (H.). — Transurétral resection of obstructions at the vesical orifice. (Surgery Gynec. and Obst. T. 57, 1933, p. 654.)
- KUHNAST (R.). — Thèse Nancy, 1933-1934.
- LACHOWIECKI (L.). — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la Sclérose du col vésical. (Thèse, Strasbourg, 1937.)
- LAVENANT. — 38^e Congrès Français d'Urologie, Paris, Octobre 1938.
- NAGGIAR. — Traitement de l'hypertrophie de la prostate par l'électro-résection endoscopique. (Thèse, Paris, 1934.)
- NEYNEMANN (W.). — Les quelques techniques concernant le traitement endo-urétral des obstacles à l'écoulement de l'urine dans la vessie et l'urètre postérieure. (Zeitschr. f. Urol. Vol. 28, fasc. 6, juin 1934.)
- NITCH (Londres). — The conservative treatment of carcinoma of the prostate. (Brit. J. Urol. 1936. T. 8, p. 329-336.)

- NITCH. — Le traitement du cancer de la prostate. (Rapport au Congrès de la S. L. d'Urologie, Vienne, 1936.)
- OREJA. — Le traitement du cancer de la prostate. (Rapport au Congrès de la S. L. d'Urologie, Vienne, 1936.)
- PERRIER. — Discussion de la communication de Fey : les indications de la résection endo-urétrale. (A. F. U., 1936, p. 567.)
- PERRIN (J.) et CHAPPELLAUBEAU. — J. d'Urol. XLVIII, p. 449-457, 1939-1940.
- PETERS (C.-N.). — Electric excision of prostatic obstruction by transurethral route through endoscope. (Maine M.-J. 22, 18-22, Febr. 1931.)
- RICH (A.-R.). — On frequency of occurrence of occult carcinoma of prostate. (J. Urol., 33: 215, 1935.)
- RÖBBELEN (A.). — Zeitschr. f. Urol. XXXIV, p. 249-272, 1940.
- SCHANZ (F.-E.) (Heidelberg). — Cancer de la prostate. (Zeitschr. f. urologische chirurgie und gyn., 1936, Vol. 42, n° 4, p. 293.)
- STIRLING (W.-C.) et HOPKINS (G.-A.). — Recurrent malignant obstruction of prostate relieved by prostatectomy treated by transurethral resection: report 5 cases. (M. Arm District of Columbia, 2: 200-203, Sept. 1933.)
- THOMPSON (G.-J.) et EMMET (J.-L.). — Treatment of carcinoma of prostate gland by transurethral method. (Urol. et cutan, rev. 42: 547, 548, Aug. 1938.)
- VICKERY (E.-B.). — Prostate cancer transurethral resection. — (New-Orléans, M. et S. J., 90: 457-542, février 1938.)
- WILLEBAUMKAUFF (H.). — Brun's Beitr. Klin. Chir. CLXVIII, p. 467-482, 1938.
- WOHLLEBEN (Th.). — Elektroresektion am Blasenhals. (Zeitsch. f. Urologic S. 580-590, 1938.)
- WOHLLEBEN (Th.). — Elektroresektion bei Prostatokarzinom. (Zeitsch. f. Urologic S. 590-595, 1938.)
- WOLFF (R.). — Thèse Strasbourg, 1939.
- YOUNG (H.-H.). — Ultimate results in treatment of carcinoma of prostate by radical removal of prostate, Vesicalneck and seminal vesicles. (J. Urol. 29-531, 1933.)
- Discussion du rapport présenté par MM. les professeurs GAYET et CIBERT (de Lyon), sur les indications et les résultats de la résection endoscopique de la prostate. (Séances des 17 et 18 octobre 1938.)
- DARGET. — Quelques cas de cancers de la prostate traités par implantation d'aiguilles de radium. (Séance du 18 octobre 1938.)

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

